

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Mars 1896, à 1 heure

PAR

Louis SOUEIX

Né à Toulouse, le 13 Janvier 1871.

186

TROUBLES OCULAIRES

DANS LE

PSORIASIS

ET DANS LE

PEMPHIGUS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : { M. GRANCHER, professeur.
 { MM. GAUCHER et WURTZ, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

THESE
THINGS
THAT ARE
PERSONAL
AND

186

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Mars 1896, à 1 heure

PAR

Louis SOUEIX

Né à Toulouse, le 13 Janvier 1871.

TROUBLES OCULAIRES

DANS LE

PSORIASIS

ET DANS LE

PEMPHIGUS

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : { M. GRANCHER, professeur.
 { MM. GAUCHER et WURTZ, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL..
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....}	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....}	BEAUGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERSON

Chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER-

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Troubles oculaires dans le Psoriasis

INTRODUCTION

Les lésions oculaires co-existant avec des affections cutanées sont encore à élucider sur bien des points ; certaines sont encore douteuses ou controversées, d'autres ont un pronostic tellement grave que celui de la lésion oculaire est infiniment plus terrible que celui de la lésion cutanée. Le Docteur Albert Terson, chef de clinique d'ophtalmologie de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, qui avait eu l'occasion de voir à l'hôpital Saint-Louis dans les services de M. le Professeur Fournier et de M. le Docteur Besnier, diverses manifestations oculaires au cours du psoriasis et au cours du pemphigus, nous a engagé à choisir ce sujet de thèse et nous a aidé de ses conseils.

Pour le psoriasis, nous citerons deux cas de conjonctivite psoriasique et un cas d'iritis développée au cours de cette affection ; joints aux très rares cas signalés par d'autres, ils pourront contribuer à rétablir la réalité longtemps

discutée de ces lésions qui nécessitent encore de nouvelles recherches.

Quant au pemphigus, dont l'histoire est plus connue, nous avons cru en présence d'un cas typique, dont nous devons l'observation à M. le Docteur Darier, qu'il pouvait être utile de donner l'état de la question dans son ensemble. Qu'il nous soit permis à ce sujet de remercier M. Darier de l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition les malades du service dont il était chargé, et des conseils bienveillants qu'il a bien voulu nous donner.

Nous assurons de notre extrême reconnaissance M. le Docteur Albert Terson, qui nous a dirigé dans ce travail et dont le concours nous a été d'une si grande efficacité.

Au moment de terminer nos études médicales nous nous garderons d'oublier ceux qui, les premiers, nous ont appris à connaître et à aimer l'art de la médecine ; ancien élève de la Faculté de médecine de Toulouse, nous exprimons notre sincère gratitude à nos anciens professeurs, en particulier à MM. les Professeurs Terson et Jeannel.

M. le Professeur Fournier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous sommes très touchés de cet honneur et nous ne saurions trop l'en remercier.



« Le psoriasis est une affection cutanée caractérisée par des squames d'un blanc nacré, plus épaisses à leur centre que vers leurs bords, recouvrant une surface rouge, luisante, plus ou moins étendue, plus ou moins saillante et saignant facilement, quand on enlève les squames par le grattage ». Telle est la définition qu'en donne Vidal. Suivant la forme des éléments qui le constituent, on observe les psoriasis punctata, guttata, numulaire, scutata. Dans certains cas, toute la surface cutanée peut être envahie par une rougeur des plus vives et recouverte par places de squames larges et minces ; c'est alors le psoriasis scarlatiniforme.

Le psoriasis se rencontre presque toujours aux surfaces d'extension, sur les coudes et les genoux, il a aussi certains lieux de prédilection, tels que le cuir chevelu, la face, les oreilles, les mains, les pieds, le prépuce et le gland.

L'existence de cette dermatose sur les muqueuses est aujourd'hui des plus contestée, il ne semble pas qu'il en ait toujours été de même ; et Bazin a décrit sous le nom de psoriasis buccal, une lésion appelée aujourd'hui, d'après Vidal, leucoplasie buccale et dont le siège est la muqueuse de la langue, celles des joues et des lèvres. Cette leucoplasie buccale ne serait donc pas du psoriasis. Brocq

affirme que le psoriasis des muqueuses n'est pas connu. Kaposi, dans ses leçons sur les maladies de la peau, n'en parle pas du tout, et MM. Besnier et Doyon ajoutent que « le fait est assez remarquable pour arrêter un instant l'attention, ne serait-ce que pour protester contre la dénomination fâcheuse qui a été donnée par Bazin à une maladie différente à tous titres. A la vérité, beaucoup d'auteurs, même parmi ceux qui abusent le plus du psoriasis des muqueuses, ne font aucune assimilation entre le psoriasis véritable et les maladies qu'ils désignent ainsi ; mais ils contribuent à perpétuer une erreur et ils propagent une nomenclature tout à fait défectueuse.

Il n'y a de psoriasis vrai ni à l'orifice vulvaire, ni sur la conjonctive, ni sur les muqueuses des lèvres, de la bouche et de la langue. Il est superflu de rappeler que le fourreau et le gland sont recouverts par un revêtement cutané et non muqueux. »

A côté des affirmations si catégoriques de ces auteurs, on peut trouver des opinions contraires d'un certain nombre d'observateurs et surtout d'ophtalmologistes, en ce qui concerne la conjonctive.

Bazin, qui admettait la localisation du psoriasis sur les muqueuses, écrit que « souvent l'affection se propage à la muqueuse palpébrale et oculaire, et on observe alors des blépharites chroniques de nature dartreuse qu'on rapporte à tort à la scrofule. »

Tixier, dans sa thèse sur la xérophtalmie, rapporte l'opinion de Duplay « Certaines maladies de la peau invétérées comme le psoriasis s'étendent parfois jusqu'à la conjonctive et déterminent des ophtalmies rebelles à toute

espèce de traitement. Il est clair que dans ces cas, la cause relève d'une influence plus générale, et c'est sur les antécédents du malade et la nature de l'affection cutanée que l'on devra baser le diagnostic et le traitement de l'affection oculaire ».

Cette opinion se trouve reproduite dans le traité des maladies des yeux de Wecker qui ne doute pas que le psoriasis puisse se produire à la conjonctive.

M. le professeur Panas partage les mêmes idées. Nous trouvons encore dans le livre de M. Emile Berger les mêmes croyances à ce sujet, pour cet auteur, non-seulement la conjonctive peut être atteinte, mais *l'inflammation peut gagner la cornée où il se produit de l'infiltration et des abcès superficiels*.

Tixier et Blazy donnent des observations dans leur thèse à l'appui de ces dernières opinions et Sack de Heidelberg, après avoir lui aussi rapporté l'histoire d'un malade atteint de conjonctivité psoriasique, dit que son cas appartient sans doute aux grandes raretés dermatologiques et qu'on ne devait pour cela nier presque absolument la possibilité de l'apparition du psoriasis sur les muqueuses ; son cas ne laisse aucun doute à ce sujet et il ne voit d'autre dénomination à lui donner que celle de psoriasis de la conjonctive. A l'appui de son observation, Sack ajoute la photographie de la papule située sur la conjonctive.

Parmi les troubles oculaires créés par le psoriasis, nous rapportons un cas d'iritis survenue au cours d'un psoriasis et observé par Morax, qui malgré toutes ses recherches bibliographiques, n'a pu trouver aucune observation semblable.

Symptômes

Dans le cours du psoriasis, il peut se produire des troubles oculaires et on les observe le plus souvent chez des malades qui ont des récives multiples de cette dermatose ou qui du moins ont une éruption assez importante.

Ce sont les vieux psoriasiques qui nous présentent les conjonctivites palpébro-oculaires chroniques, contre lesquelles on est impuissant, tant que la maladie générale exerce son influence. Les lésions plus profondes, telles que l'iritis dont nous donnons plus loin deux observations, se sont produites chez des malades atteints de psoriasis ayant récidivé, et d'un psoriasis qui avait, pour ainsi dire, empreint tout l'organisme. Cette dernière affection a été observée si peu souvent que l'on ne peut, pour le moment, que constater son extrême rareté. On ne pourrait en dire autant pour la conjonctive oculo-palpébrale, car cet ensemble de complications se retrouverait assez fréquemment si on le recherchait davantage ; il est en effet reconnu que les paupières deviennent assez facilement le siège du psoriasis.

Nous étudierons successivement, les modifications survenues dans les diverses parties de l'œil, qui ont présenté des troubles dépendant du psoriasis, la conjonctive, les paupières, la cornée, l'iritis.

La conjonctive psoriasique se présente sous des aspects différents, tantôt elle rappelle la conjonctivite ordi-

naire et s'accompagne des lésions des paupières ; tantôt elle présente de vrais éléments psoriasiques, qui sont la preuve évidente de l'extension de cette dermatose sur cette muqueuse ainsi que Sack en donne un exemple frappant.

Dans le premier cas les malades ont de la rougeur, de l'hyperhémie de la conjonctive, la sécrétion lacrymale est augmentée, il existe de la protophobie et l'on ressent des picotements, comme s'il existait des grains de sable dans l'œil. Un des phénomènes qui caractérise assez cette conjonctivite, c'est la gêne de la vision, occasionnée par des produits de desquamation qui viennent se placer sur le champ pupillaire.

Le malade éprouve la sensation de petits nuages noirs, qui suivent les mouvements de l'œil ; c'est là ce que l'on a appelé les mouches volantes, qui dans ce cas particulier n'ont rien de commun avec certaines opacités du corps vitré. Il suffit en effet au malade de provoquer des mouvements des paupières en les pressant sur les globes oculaires avec le doigt pour faire disparaître cet obstacle à la vision ; certains malades même se frottent légèrement l'œil avec le mouchoir pour se débarrasser de ces mouches volantes ; ce qui prouve bien leur existence extérieure. Ce singulier phénomène se rencontre dans des conjonctivites, survenant aux cours d'affections cutanées, où l'épiderme se desquame habituellement, et Blazy a observé des conjonctivites aux cours des pytriasis où ce symptôme était manifeste ; il a émis à ce sujet l'opinion, que c'était là le produit de la desquamation superficielle de la conjonctive et il croit que toutes les affections cutanées chez lesquelles on observe

de la desquamation, peuvent atteindre la conjonctive où elles produisent le même phénomène.

A côté de ces lésions de la conjonctive, il faut placer celles des paupières ; l'influence du psoriasis sur ces dernières n'est pas vue par les auteurs, et on admet comme assez fréquente l'extension de cette dermatose sur ces organes protecteurs de l'œil.

A ce sujet Hardy écrit : « Le psoriasis des paupières affecte la même forme et le même aspect extérieur que sur les autres points de la face, mais il peut donner lieu à des accidents d'une certaine gravité en raison des fonctions spéciales dues à ces voiles membraneuses. L'épaississement de la peau, la présence de lamelles même très ténues donnent de la raideur aux tissus, gênent les mouvements de glissement et le plissement des paupières et nuisent en conséquence à la répartition des larmes à la surface du globe oculaire. Dans certains cas, ces complications de voisinage peuvent aller jusqu'au renversement du voile palpébral c'est-à-dire à l'ectropion et donner lieu à un épiphora fort incommode ».

On rencontre assez souvent la blépharite glandulo-ciliaire ; le bord libre des paupières est rouge, épaissi, enflammé, les cils sont déviés, parfois atrophiés tombent avec facilité, ils sont entourés à leur base par une squame qu'ils traversent.

Le matin, il est difficile au malade d'ouvrir les yeux, car les bords des paupières sont accolés par une sécrétion abondante, blanchâtre, crémeuse, qui rend les yeux chassieux. Si ces lésions persistent longtemps, elles créent une irritation chronique qui peut occasionner des modifications

de la conjonctive, faire disparaître les cils de sac, provoquer des adhérences des paupières avec le globe oculaire, enfin arriver au symblépharon complet avec xérosis, ainsi qu'on l'a vu dans le cas de Tixier.

Dans l'observation I, il s'agit d'un malade atteint de psoriasis généralisé depuis déjà plusieurs années et chez lequel il existe une conjonctivité oculo-palpébrale devenant plus intense chaque fois qu'il existe une poussée du psoriasis. Cette coïncidence répétée contre ces aggravations simultanées des deux affections oculaire et cutanée, montre bien l'influence de ce psoriasis généralisé sur les troubles de l'œil.

L'observation II due à Tixier est très intéressante à cause de la terminaison grave qui s'est produite chez cette malade. La marche de ces lésions et l'insuccès de la thérapeutique rappellent l'évolution du pemphigus conjonctival.

On peut comprendre facilement que, au milieu de tant de causes d'irritation, la cornée ne reste pas toujours indemne ; l'inflammation conjonctivale peut se propager à la cornée où elle produit de l'infiltration et des abcès superficiels. Cette opinion, émise par Emile Berger dans son livre sur les rapports des maladies des yeux avec les maladies générales, trouve sa confirmation chez le malade de l'obs. III, dont l'ulcère cornéen était superficiel.

OBSERVATION I (Inédite)

Le 28 octobre 1890 est entré à l'hôpital Saint Louis, salle Devergie le nommé Henri Tr..., âgé de 20 ans journalier.

Antécédents héréditaires. Le père est variqueux, le frère a été atteint de psoriasis.

Antécédents personnels. Pendant les premières années de sa vie, le malade a toujours joui d'une santé excellente.

A 14 ans, en 1884, Henri Tr..., remarque sur les coudes, les genoux, les dos de ses mains une éruption que le Dr Guibourt nomma « psoriasis guttata » et qu'il guérit par l'huile de cade en deux mois.

En Avril 1886, récurrence de la même affection, qui commence à envahir le tronc, et guérison en un mois par l'huile de cade. Dès lors chaque année et toujours vers la même date Henri Tr... a une poussée de psoriasis. Cet état persiste jusqu'en 1890, époque à laquelle le psoriasis se généralise complètement pour ne plus abandonner le malade. Dans les débuts tous les 15 jours, ensuite tous les mois, il se fait une exacerbation de la maladie actuelle avec alternance de constipation et de diarrhée. L'état de la peau qui se fendille au moindre mouvement et dont la desquamation est remarquablement intense surtout au moment des poussées, oblige le malade à ne plus quitter son lit.

Le malade a commencé à souffrir des yeux au moment de la généralisation du psoriasis, il a éprouvé alors les phénomènes de la conjonctivite. Ses yeux sont devenus rouges, il a eu du larmolement, a éprouvé de la photophobie et a eu la sensation de grains de sable. Ces symptômes se reproduisent chaque fois qu'il se fait une poussée de psoriasis et quoique par suite de la chronicité des lésions le malade n'éprouve pas des phénomènes

subjectifs aussi intenses que dans les débuts, il n'en a pas moins une certaine gêne de la vision à ces moments. Il se plaint de l'existence de corps étrangers qu'il est très souvent obligé de chasser par des mouvements imprimés aux paupières, avec ses doigts, et leur plus grande abondance est manifeste au moment des poussées de psoriasis.

Les paupières n'ont pas échappé à la généralisation du psoriasis, leur desquamation est abondante néanmoins elles semblent avoir conservé la souplesse et l'élasticité nécessaire pour l'exercice de leurs fonctions. Leur bord libre est rouge, il existe de la blépharite glandulo-ciliaire, le matin le malade à les yeux collés par de la chassie, les cils traversent des squames à leur base, ils sont petits et beaucoup sont tombés.

Contre ces lésions oculaires, le malade emploie les irrigations avec de l'eau boriquée ; il fait sur son corps des onctions avec la vaseline boriquée et subit une médication pour maintenir son état général qui est assez bon.

OBSERVATION II

Publiée par Tixier dans sa thèse.

Marie D..., veuve, 64 ans, avait toujours joui d'une santé excellente. Pas de gourmes dans son enfance, ni de maladies des yeux, rien de scrofuleux.

Nous ne trouvons rien du côté de l'hérédité, son père est mort à 106 ans et sa mère à 98. Mais de son côté, elle a eu deux enfants, dont l'un est mort à 20 ans d'une affection de poitrine, l'autre à 30 ans de phthisie pulmonaire.

A 23 ans, notre malade eut une très légère conjonctivite

dont elle se débarrassa en trois ou quatre jours et sans faire de traitement. Interrogée avec soin, pour savoir si à cette époque elle a eu quelques manifestations cutanées, elle nous affirme n'avoir jamais rien observé et, c'est pour la première fois de sa vie qu'elle est atteinte en ce moment d'une maladie de la peau.

Marchande de vin, elle exerce une profession pénible, mais qui ne l'expose pas à des maladies particulières ; enfin notre femme arrive à l'âge de 61 ans sans avoir été jamais malade.

Pas de syphilis, pas de goutte, pas de rhumatisme et, nous avons dit, pas de scrofule.

En 1863, vers le mois de juillet, Marie D... fut atteinte, après un violent chagrin, dit-elle, et après avoir beaucoup pleuré, d'une vive inflammation de l'œil gauche avec douleurs péri-orbitaires ; les paupières tuméfiées et boursoufflées ne lui permirent pas de quelques jours d'ouvrir l'œil malade. La fluxion un peu amendée, notre malade remarqua que l'œil était rouge et enflammé, en même temps qu'il était le siège de picotements assez violents. La paupière inférieure surtout était douloureuse et présentait du gonflement sur son bord. Quelques remèdes, recommandés par les voisins, n'ayant produit aucun résultat, un médecin fut appelé. Il enleva des cils, dit la malade, et ordonna un collyre au sulfate de zinc.

Le soulagement ne fut que momentané car la conjonctivite persista et les douleurs des paupières reprirent plus d'intensité. A plusieurs reprises, le médecin enleva des cils à la paupière inférieure surtout.

Pas de douleurs profondes, pas de migraines, pas de viscéralgies. L'œil voit très bien et ses sécrétions sont normales. Mais surviennent des démangeaisons aux jambes, qui sont vives surtout pendant la nuit, elles ont pour siège les genoux et la face dorsale des pieds. C'est alors que la malade s'aperçoit de

plaques larges et recouvertes de squames épaisses et blanches, siégeant aux coudes et aux genoux, semblables à celles qu'elle porte encore aujourd'hui. Elle ne fit aucun traitement et ne consulta personne. Cependant l'œil était toujours dans le même état et elle se décida à aller à la consultation de la Pitié. Là, on lui prescrivit un collyre d'abord, puis de la pommade, c'est là tout ce que la malade peut nous raconter sur son état à cette époque et sur le traitement auquel on la soumit. Ce qu'elle sait de plus précis, c'est que, à cette consultation aussi, on lui arracha des cils à plusieurs reprises. MM. Sichel et Galezowski la soignèrent à leur tour pendant quelques temps et lui ordonnèrent des collyres, mais ne lui cautérisèrent jamais les paupières, preuve évidente pour nous qu'elle n'était pas atteinte de granulations.

En mars 1874, elle s'aperçut que la vue commençait à baisser de l'œil malade, et comme ses ressources allaient s'amointrissant, elle entra le 1^{er} mai au service de M. Labbé, à la Pitié, où elle resta jusqu'en février 1875. Pendant ce séjour de huit mois, son état ne fit qu'empirer, et l'œil droit, qui jusqu'ici avait été épargné, et qui lui permettait même d'enfiler des aiguilles, se prit à son tour, mais insensiblement, sans qu'il y eut une vive inflammation, ni des poussées successives, sans qu'on fut obligé d'enlever des cils. Pour tout traitement on lui donna des collyres, et M. Labbé lui parlait d'opération dans le but de la retenir à l'hôpital ou de l'y voir rentrer plus tard, pour observer ce cas intéressant, lorsqu'elle voulut sortir pour venir à la Salpêtrière.

A ce moment, janvier 1875, elle voyait juste assez pour se conduire et de l'œil droit seulement, le gauche avait peine à distinguer la lumière.

C'est le 6 juin seulement qu'elle entra à l'infirmerie de la

Salpêtrière et qu'il nous fut possible d'examiner l'état de ses yeux.

Oeil gauche. — Un ankyloblépharon, occupant le tiers interne et externe des paupières, ne permet de relever ces dernières que dans une limite très faible. On remarque du trichiasis à la paupière supérieure, mais peu marqué, les cils sont conservés intacts à l'infirmerie, ils sont petits, il est vrai, mais peu abondants et n'ont pas de déviation vicieuse.

Quand on a soulevé les deux voiles palpébraux, on voit immédiatement un espace bien limité par les paupières qui adhèrent de tous côtés au globe oculaire: cet espace blanc sale paraît épaissi et comme recouvert d'un voile analogue à la membrane clignotante des oiseaux; il y a aridité complète de toute cette surface parcheminée, de laquelle se détachent des lamelles blanchâtres également.

Cette partie, que nous avons sous les yeux, est la cornée qui a subi dans son épithélium des modifications que nous indiquons dans notre anatomie pathologique. Le matin il nous est arrivé fréquemment, en écartant les paupières, de trouver accumulées sur leur bord libre de petites croûtes blanchâtres que nous enlevons avec l'extrémité de l'ongle. C'est là un indice qui nous porte à penser que toute sécrétion des glandes de Meibomius n'est pas entièrement supprimée.

La sensation est obtuse, nous promenons l'extrémité du doigt sur le globe, et la malade le supporte très facilement elle sent cependant qu'on la touche en cet endroit,

Les paupières elles-mêmes, prises entre les doigts ne semblent pas épaissies, mais quand on cherche à les détacher du globe, on sent une résistance qui prouve bien l'adhérence qui existe entre le bulbe et la paupière. L'œil n'est pas diminué de volume et il est probable qu'il est intact jusqu'à présent derrière cette membrane opaque, car les phosphènes sont bien

perçus. Quand à la lumière il faut qu'elle soit vive pour que le malade puisse la distinguer, c'est en vain que l'on met de la glycérine ou de la salive sur cette cornée, la perception n'est pas améliorée.

Œil droit. L'adhérence des paupières est bien moins prononcée, l'espace que l'on peut distinguer en les soulevant est plus considérable que pour l'œil gauche. L'aspect change ici, nous n'avons plus sous les yeux la cornée opacifiée et épaissie mais une partie de la conjonctive boursoufflée, rouge cuivré, formant des plis multiples, et prolongeant sur la cornée même à sa partie inférieure et latérale droite. En tirant en bas, on voit en bas un vestige de cul-de-sac offrant cette couleur cuivrée dont nous avons parlé. De plus toute cette surface ne paraît pas sèche et ne laisse pas tomber de lamelles furfuracées, elle semble au contraire lubrifiée dans une faible mesure. De ce côté aussi des croûtes se forment adhérentes aux cils.

Ceux-ci réguliers sont en partie déviés vers le globe, il y a un peu d'entropion de la paupière supérieure. On distingue très bien un pli de la conjonctive plus marqué, qui se dirige vers l'angle interne, l'adhérence des paupières et du globe est moindre que du côté gauche, la sensibilité est également un peu moins obtuse, et la perception quantitative de la lumière plus marquée. La consistance de cet œil n'a rien à signaler elle ne diffère pas de celle de l'œil opposé. Un papier de tournesol introduit entre les paupières permet de constater la réaction alcaline des larmes, ce que nous ne pourrions faire du côté gauche l'œil étant d'une sécheresse complète.

Depuis le mois de juin jusqu'à ce jour, la rétraction conjonctivale n'a cessé de faire des progrès, mais la marche a été insensible et l'œil droit n'est pas encore arrivé au degré de cutisation qu'a atteint l'œil gauche.

Pas de douleurs même à la pression, jamais de maux de tête il y a blépharospasme très prononcé des yeux.

Sur les coudes et les genoux nous remarquons des plaques assez larges de psoriasis. Ces plaques, qui ont débuté il y a trois ans en même temps que l'ophtalmie de notre malade, sont encore très apparentes. Elles font saillie au dessus des parties environnantes, et sont recouvertes de squames furfuracées qui ne sont autre chose que des lamelles épidermiques adhérentes à la surface de la peau. Aujourd'hui ce psoriasis est moins apparent qu'il y a 4 mois, les squames sont détachées et la peau apparaît au dessous cuivrée.

Depuis que cette malade est dans le service, on l'a soumise à toute espèce de traitement, sans que l'on ait pu enrayer la marche de cette affection, en ce moment encore elle porte la trace d'un petit vésicatoire sur la paroi externe de l'orbite. Cependant nous serions très portés à penser que ces plaques de psoriasis des genoux et des coudes se sont amendées sous l'influence de la médication générale à laquelle elle est soumise depuis quelques temps.

Médication arsenicale. Tixier. Xérophtalmie. Thèse Paris 1875.

OBSERVATION III (Inédite).

Le nommé M..., employé à l'hôpital St-Louis. âgé de 32 ans, est atteint de psoriasis et présente en même temps des lésions oculaires.

Antécédents héréditaires : père mort d'une affection cardiaque ; mère morte de fièvre typhoïde à 34 ans ; quatre frères tous bien portants, ni psoriasis, ni rhumatisme chez eux.

Antécédents personnels : A 8 ans, fièvre typhoïde légère.

Le malade avait 14 ans, lorsque à la suite d'une mauvaise nouvelle, une éruption se produisit qui couvrit tout le corps en une nuit, respecta la face et se localisa deux ou trois jours après aux coudes, aux genoux, sur le thorax. On le soigne à St Louis pour du psoriasis punctata avec l'acide pyrogallique, il guérit en six semaines.

Une nouvelle éruption se fait trois mois après, avec tendance à se généraliser. Atteint de poussées d'une manière à peu près constante, M... rentre comme employé à l'hôpital St-Louis où il contracte la variole quelque temps après. Depuis lors chaque année au printemps et à l'hiver son psoriasis reparait et il se traite habituellement par des onctions de vaseline et des bains d'amidon.

La maladie des yeux commence en 1889, époque à laquelle il a une conjonctivite double assez intense à la suite d'une éruption chrysophanique ; les irrigations avec l'eau boricuée le débarrassent de cette complication.

En 1893 son psoriasis atteint les paupières par lesquelles il débute et s'accompagne des symptômes de la conjonctivite oculo-palpébrale : le bord libre des paupières est rouge, un peu épaissi ; les cils sont déviés, tombent en partie, il se fait une sécrétion abondante de chassie ; la conjonctive est hyperhémée, et le malade est gêné par une production abondante de corps étrangers qui troublent sa vision.

Tous ces phénomènes subissent une exacerbation au moment des récides habituelles du psoriasis, et au commencement de l'année 1895 M. le docteur A. Terson a pu constater les faits suivants : La paupière inférieure atteinte de psoriasis et renversée de manière à montrer sa face interne, laisse voir sur la conjonctive palpébrale une plaque de rougeur ayant l'aspect d'une surface rugueuse plutôt que celui d'une véritable ulcéra-

tion : la conjonctive bulbaire correspondante était rouge. En même temps on observait dans le quart inféro-externe de la cornée, une ulcération superficielle, que le malade attribuait à la présence de squames sur la cornée et aux efforts faits pour s'en débarrasser. Des applications d'iodoforme sont mises en usage et le malade guérit complètement de son trouble cornéen.

Les récidives de psoriasis se produisent toujours avec la même régularité. La cornée est revenue à son état normal, mais les lésions de la conjonctivite oculo-palpébrale persistent et s'exagèrent aux moments où il se fait une poussée de psoriasis.

A côté de ces observations, qui montrent l'existence de conjonctives oculo-palpébrales développées sous l'influence du psoriasis, nous allons citer maintenant l'histoire de deux malades chez lesquels l'élément psoriasique est venu se former sur la muqueuse elle-même. La maladie offre un aspect particulier, du à la lésion du psoriasis modifiée par cette localisation sur une muqueuse ; il existe une papule mais elle est dépourvue de squames ainsi qu'on le voit d'ailleurs dans toutes les parties du corps soumises à une sécrétion assez abondante. Ces papules légèrement saillantes offrent une couleur rouge brune, elles sont généralement uniques et la conjonctive qui les entoure seule participe à une légère inflammation, cette muqueuse est saine dans toutes les autres parties de l'œil éloignées de la papule psoriasique.

Dans l'observation IV due à Blazy, on assiste, après une légère inflammation de la conjonctive, à la formation d'une papule ne disparaissant pas par la pression et dont la cou-

leur était rouge cuivré. L'apparition consécutive d'une éruption de psoriasis et simultanément du 2^e papule semblable à la première affirment nettement le rapport qui unit les troubles oculaires aux troubles cutanés.

On retrouve dans la V^e observation ces mêmes caractères et l'autorité de son auteur lui donnent une valeur indiscutable. Il s'agit ici, dans un cas de psoriasis manifeste, d'une papule caractéristique située sur la paupière inférieure et envahissant par son extension la conjonctive palpébrale ; dans cette nouvelle localisation, elle perd ses squames et prend une couleur rouge jaunâtre. C'est là une preuve évidente de l'existence du psoriasis de la conjonctive et, comme le dit Sack, on ne peut donner à cette lésion d'autre nom que celui de conjonctivite psoriasique.

OBSERVATION IV

Publiée dans sa thèse par Blazy.

Louise T..., entrée à Saint-Louis, salle Saint-Jean, le neuf octobre 1874, dans le service de M. Hardy.

Elle est âgée de 48 ans, d'une intelligence bornée ; grande-robuste, elle m'apprit qu'elle n'avait jamais eu mal aux yeux. Cependant ses conjonctives étaient rouges, cela tenait, disait-elle, à des courants d'air qui lui venaient de la croisée située derrière son lit.

Toutefois, je ne cessai pas de l'examiner chaque matin. Le 7 novembre, je constate avec satisfaction une papule à surface plate légèrement saillante, au dessus du niveau de la conjonc-

tive palpébrale inférieure. La couleur cuivrée tranchait nettement sur celle de la conjonctive et ses bords très nets, permettaient de la délimiter et de lui assigner à peu près les dimensions d'une lentille.

Son bord supérieur faisait saillie au-dessus du bord palpébral sous forme d'un petit tubercule grisâtre, couleur qui paraissait due au gonflement, à l'infiltration de l'épithélium. Le linge que je passai dessus ne changea nullement son aspect.

Toute la partie de la papule, qui plongeait dans le sac conjonctival, avait toutes les apparences d'une plaque muqueuse syphilitique. Tout autour la conjonctive était un peu plus rouge qu'à l'œil droit et la malade ne se plaignait que d'un peu de démangeaisons, qui, la nuit, avaient été fort gênantes.

On pouvait remarquer un écoulement sero-muqueux, très peu abondant, que j'examinai au microscope et que je trouvai composé de cellules épithéliales. Le lendemain la papule était déjà moins saillante et moins rouge. Le troisième jour l'affaïssement était tel qu'on aurait eu de la difficulté à reconnaître la lésion élémentaire. Enfin le 10 novembre, cette malade éprouva une nouvelle poussée psoriasique à la face et je pus constater de rechef sur le bord tarséen, occupant toute sa longueur, une papule qui se comporte exactement comme la première.

Blazy. Thèse 1873.

OBSERVATION V

Publiée par Sack dans « Internatioler Atlas seltener
Hautkrankheiten.

Jean D..., coiffeur, 20 ans, a remarqué il y a six mois, les premières squames sur la surface extérieure de ses bras et jam-

bes. Bientôt après l'exanthème envahit aussi le corps ; il y a un mois, d'épaisses croûtes apparurent sur le cuir chevelu. A la même époque, une petite squame nacrée se montre sur la face extérieure de la paupière inférieure de l'œil droit. Après quelques semaines, le malade se rend chez moi.

Etat actuel. Je constatai une affection psoriasique généralisée du type nummulaire. Les différents éléments de l'affection cutanée, localisés principalement sur la surface d'extension des membres, présentaient toutes les phases du développement du psoriasis vulgaire. Ce ne sont que les paumes des mains et les plantes des pieds qui sont restées libres. Tout le cuir chevelu est transformé en épaisses squames, tandis que la face est tout à fait indemne, excepté la squame que nous allons décrire.

Cette squame, régulièrement semi-circulaire de 1 centimètre de diamètre, se trouve justement au niveau de la paupière inférieure de l'œil droit. Son bord supérieur, coïncide avec le bord ciliaire de la paupière. La petite squame, est tout à fait pareille aux éléments du psoriasis du corps ; elle a la même blancheur, elle est aussi entourée d'un rebord rouge. En l'enlevant avec l'ongle, on voit le corps papillaire suinter un peu. Si l'on renverse la paupière, on voit sur son bord ciliaire, une saillie bien prononcée s'étendre justement le long du diamètre équatorial de la squame et limiter en avant la lésion de la conjonctive palpébrale qui semble occuper un territoire aussi large que la squame ; la lésion conjonctivale, est aussi semi-circulaire et un peu proéminente au-dessus du niveau de la conjonctive palpébrale dont elle se différencie par sa coloration rouge jaunâtre. Sa surface, un peu épaissie, ne présente au doigt palpant, qu'une très faible résistance. Les parties voisines de la muqueuse, sauf une légère injection du sac conjonctival, paraissent tout à fait saines.

Thérapeutique. — Après un traitement énergique de plusieurs semaines (acide chrysophanique et pyrogallique, précipité

blanc, etc.), le psoriasis du corps et du cuir chevelu avait complètement disparu ; tandis qu'à la paupière ou naturellement le précipité seul, en forme de pommade, peut être appliqué, la lésion ne subit aucun changement. Comme le traitement interne avec l'arsenic (500 pilules asiatiques) n'eut aucun succès, le malade se décida à se faire ôter la squame et l'efflorescence, par un procédé opératoire et thermo-caustique dans la clinique ophtalmologique d'Heidelberg. La guérison complète, suivit l'opération.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten, 1893, I. Sack.

Certaines maladies, exercent leur influence sur l'œil par des manifestations morbides, aujourd'hui admises par tout le monde. La syphilis, provoque d'une manière courante l'iritis, la blennorrhagie, compte aussi parmi les causes de cette affection, bien plus rarement il est vrai ; on rencontre également des iritis rhumatismales.

La vraie cause du psoriasis, est encore ignorée ; néanmoins, tout le monde connaît les analogies que présente dans certaines de ses manifestations, cette dermatose avec le rhumatisme. Ces deux grandes maladies, sont l'apanage des arthritiques et elles semblent avoir dans leur étiologie des points communs. Dans leurs symptômes, on trouve parfois les mêmes lésions articulaires et on a décrit un psoriasis arthropathique qui rappelle le rhumatisme osseux ou fibreux. Tous ces faits, nous permettent d'accepter l'influence du psoriasis dans les troubles de l'œil analogues à ceux que détermine le rhumatisme d'une manière incontestée. Nous rapportons deux cas d'iritis, dont la cause nous

échapperait, si l'on n'admettait qu'ils sont sous la dépendance du psoriasis.

Dans un premier cas, on voit un malade atteint de psoriasis avec poussées articulaires ; plusieurs récurrences ont eu lieu et avec deux d'entre elles, ont coïncidé des troubles oculaires qui, la deuxième fois, étaient de l'iritis ainsi qu'on l'a constaté.

Morax, fait remarquer que dans la blennorrhagie, on rencontre l'iritis après chaque poussée ou nouvelle infection et que l'iritis a observé une marche analogue dans le cas de psoriasis qu'il vient de relater.

Dans la deuxième observation, il n'existe pas des poussées articulaires, pouvant faire croire à l'existence simultanée du rhumatisme qui n'a jamais été trouvé chez la malade, et l'iritis se développe au cours d'un psoriasis récidivant et assez étendu.

OBSERVATION VI

Publiée par Morax.

M. Rab..., 37 ans, se présente le 13 février 1893 à la clinique du docteur Parinaud. Il est atteint d'une éruption généralisée de psoriasis et d'une iritis de l'œil droit.

Le malade, n'a pas d'antécédents psoriasiques. Par contre, son père et un de ses frères ont été atteints de rhumatisme articulaire aigu. Ces accès de rhumatisme, ont guéri sans déformations articulaires. Pas d'antécédents névropathiques, pas d'antécédents arthritiques dans les ascendants.

Lui-même a joui d'une santé excellente jusqu'à l'âge de vingt-six ans. Il n'a eu ni blennorrhagie, ni syphilis. A cette époque, (le malade attribue le début de son affection à la douleur que lui a causée la mort de sa fille) il a éprouvé une grande lassitude dans les épaules, des douleurs articulaires assez vives et un mouvement fébrile assez marqué. Il a été forcé de s'aliter dès les premiers jours. Au huitième jour de ses arthralgies, il a constaté l'apparition, derrière l'oreille droite, puis sur la tête, le tronc et surtout au niveau des régions articulaires (côté de l'extension) d'une éruption très caractérisée de psoriasis. A ce moment, il se fait transporter à l'hôpital Saint-Louis où on le soumet au traitement de l'huile de cade. Il y séjourne trois mois, puis sort guéri de son psoriasis et de ses arthropathies. Il reprend son travail et ne souffre plus guère que de légères douleurs dans les articulations des orteils. Ce premier accès, ne laissa aucune déformation des régions articulaires.

Pendant les deux années qui suivent cette première poussée, sa santé est bonne et il n'accuse ni éruption ni arthralgie.

En 1886, nouvelle poussée de rhumatisme et de psoriasis qui le ramenèrent à Saint-Louis, où il séjourne de nouveau trois mois et d'où il sort guéri, par le traitement cadique.

En 1889, le malade a été pris d'un accès très intense beaucoup plus violent que les précédents. L'éruption de psoriasis, était généralisée et les arthropathies ont dès le début pris le type des arthropathies déformantes du rhumatisme déformant chronique. Cet accès a duré onze mois. Le malade a été soigné dans le service de M. Hallopeau, à Saint-Louis. On n'a constaté aucune lésion cardiaque ou péricardique. Par contre, dès le début, c'est-à-dire dès l'apparition des arthralgies et des placards de psoriasis, il a éprouvé un trouble manifeste de la vue dans les deux yeux et des douleurs péri-orbitaires assez violentes, l'œil était injecté. Tous ces symptômes qui prouvent nettement l'exis-

tence d'une iritis double ont disparu au bout d'une quinzaine de jours sans traitement spécial.

Le malade est sorti guéri de son psoriasis, mais non de ses arthropathies. Les déformations articulaires ont persisté depuis 1889. Elles sont surtout manifestes dans les petites articulations des mains et des pieds. Les extrémités osseuses sont gonflées. Les phalanges sont en extension forcée sur les phalanges. Au niveau des grandes articulations, la tuméfaction des extrémités articulaires existe aussi et s'accompagne d'un certain degré d'ankylose.

Le 5 février 1893, nouvelle poussée de psoriasis généralisé et arthralgies assez intenses. Dès le début, douleurs péri-orbitaires, vives du côté droit, empêchant le sommeil et trouble très accusé de la vue.

Le 13 février, nous voyons le malade. Nous constatons une iritis très intense à droite. L'injection péri-kératique est très marquée, l'humeur aqueuse est légèrement troublée sans qu'il y ait cependant d'hypopyon. Légers exsudats dans le champ pupillaire. Surface de l'iris un peu terne, sans irrégularités, sans bosselures. Pas de synéchie. L'œil gauche est normal. Eruption généralisée de psoriasis à la face dans le cuir chevelu, sur le tronc et les membres. Onyxis psoriasique sur les doigts et les orteils. Le traitement prescrit consiste en instillations d'atropine et en paquets de calomel de dix centigrammes.

15 février. La pupille s'est dilatée et l'amélioration est déjà très notable. On constate à la surface de la capsule antérieure de nombreux amas pigmentaires. Depuis lors l'iritis a été en s'améliorant, les douleurs ont complètement disparu, mais il persiste encore un peu d'injection péri-kératique. Celle-ci a complètement disparu depuis le 10 mars et le malade cesse les instillations. Sous l'influence de l'huile de cade, son éruption de psoriasis s'est déjà très manifestement modifiée.

Formes rares d'iritis. Morax, Annales d'oculistique 1893.

OBSERVATION VII (Inédite).

Le 7 juin 1895 est entrée à l'hôpital St-Louis, salle Aldibert n° 30, la nommée Anne M..., 47 ans, cartonnière.

Sa mère est morte hydropique à 25 ans. Elle-même, à neuf ans, a eu une fièvre typhoïde.

Pour la première fois, à douze ans, elle a une éruption siégeant sur les surfaces d'extension des coudes et des genoux et composée d'éléments rouges de la grosseur d'une lentille, saignant facilement, et donnant par le grattage la tache de bougie. La tête est également le siège de croûtes jaunes amenant des démangeaisons très vives. La malade soignée par le docteur Lallier guérit en 5 ou 6 mois.

A quinze ans, elle est réglée et, depuis lors, ses règles ont apparu d'une façon toujours normale. A dix-neuf ans, elle a un premier enfant qui est nourri au biberon et meurt à dix-huit mois. A vingt ans, elle a un deuxième enfant qui meurt à quatorze mois.

A vingt ans, une deuxième éruption apparaît, elle est semblable à la première, sauf que les éléments de psoriasis sont plus nombreux ; elle guérit par l'huile de cade.

Sa santé reste excellente jusqu'à l'âge de 39 ans, époque où il se produit une récurrence.

Enfin à 47 ans, l'éruption actuelle a lieu sous l'influence, d'après la malade, du surmenage occasionné par une maladie de son mari. Les jambes, les bras, le thorax, le dos, le front, le nez, les paupières, les lèvres, le menton, sont le siège des taches de psoriasis. La malade se soigne chez elle pendant quinze jours sans succès et elle se décide à entrer à l'hôpital où, en plus de l'éruption, on observe les lésions oculaires suivantes :

Les deux yeux sont rouges, la malade a du larmoiement, elle éprouve de la photophobie et une sensation de gravier dans les yeux, qui le matin ne peuvent être ouverts à cause d'une abondante sécrétion de chassie qui accole les deux paupières.

La douleur est singulièrement plus intense à gauche et l'examen de cet œil en donne l'explication. On constate en effet un changement de couleur de l'iris, de la déformation de la pupille, de l'injection péri-kératique. La sécrétion lacrimale, la photophobie sont très accusées, la vue paraît gênée comme par un brouillard et la malade se plaint de douleurs péri-orbitaires très violentes. Il s'est produit de l'iritis, ainsi qu'a pu le vérifier M. A. Terson. Rien dans les antécédents de la malade ne peut expliquer cette complication qu'il semble dès lors rationnel de faire dépendre du psoriasis.

Cette iritis est soignée suivant la méthode ordinaire par les instillations d'atropine, une amélioration commençait à se produire quand la malade quitte subitement l'hôpital sans être encore guérie de sa lésion cutanée, pas plus que de sa lésion oculaire.

Ces troubles oculaires, au cours du psoriasis, ont une évolution qui dépend le plus souvent de celle de la maladie générale. On les voit survenir à l'occasion de chaque récédive de psoriasis et lorsque la fréquence de ces récédives les a rendus plus ou moins chroniques, on constate alors l'exacerbation de l'état ordinaire chez le malade de notre observation et de là ce fait paraît des plus évidents. Dans le cas observé par Morax, l'iritis est revenue accompagnant deux récédives de psoriasis et a disparu avec elles. Il n'en saurait être toujours de même, principalement pour les lésions

de la paupière et de la conjonctive. Lorsque ces complications se répètent trop souvent elles finissent par laisser des lésions permanentes qui ne peuvent plus régresser ; le bord libre des paupières subit une irritation chronique et l'on finit par avoir de la blépharite du trichiasis, de la déviation des points lacrymaux ; les paupières elles-mêmes perdent leur souplesse et peuvent arriver à l'ectropion, d'après Hardy ; la conjonctive constamment irritée par les lésions précédentes peut subir des modifications qui entraînent le xérosis et sa rétraction avec adhérences morbides. L'observation II nous fait bien voir l'évolution de toutes ces lésions et la malade en question perdit la vue à la suite d'un symblépharon complet et de la cutinisation de sa conjonctive. M. de Wecker pense que ces cas ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le suppose: « Les observations de psoriasis de la conjonctive se multiplieront certainement dès que l'attention se sera plus particulièrement portée sur ce sujet, car pour une maladie bien plus rare le pemphigus, on a pu déjà réunir plusieurs cas. »

Le pronostic des troubles oculaires dans le psoriasis, sans présenter la même gravité que pour le pemphigus, n'en est pas moins sérieux ; on a pu voir d'ailleurs un cas se terminer par la xérophtalmie comme pour le pemphigus conjonctival. Le psoriasis peut occasionner des complications telles que l'iritis qui, par elle-même, est un danger sérieux pour l'œil ; enfin la blépharite ciliaire, le larmolement, le trichiasis, non seulement, amènent des déformations désagréables, mais peuvent être le point de départ de complications assez graves ; aussi, l'on peut dire que, au

point de vue oculaire, le pronostic de ces troubles dûs au psoriasis est un pronostic sérieux.

Chez les malades, dont le psoriasis récidive trop souvent, on ne saurait demander au traitement autre chose que d'être palliatif. Ne pouvant atteindre la cause du mal on doit chercher à éloigner tout ce qui pourrait venir aggraver l'état actuel.

Les iritis et les ulcères de la cornée seront traités comme d'habitude. On ne négligera pas d'enlever les cils, si ceux-ci devenaient une nouvelle cause d'irritation pour l'œil. La desquamation des paupières sera combattue par des applications de vaseline boriquée qui conservera à ces voiles membraneux leur élasticité et leur souplesse. L'hyperhémie de la conjonctive sera calmée par des lavages avec l'eau boriquée qui débarrassera également cette muqueuse des corps étrangers dont se plaignent les malades. Les papules du psoriasis, développées sur la conjonctive, ont disparu spontanément dans le cas de Blazy. Le malade de Sack, dont le corps était complètement débarrassé de son psoriasis, conservait néanmoins sa papule palpébrale malgré tout traitement et ne fut guéri que par l'intervention chirurgicale. Il paraît exceptionnel que l'on soit obligé d'avoir recours à ce moyen, néanmoins si un cas analogue se présentait, on pourrait se rappeler que l'excision de cette papule fut suivie d'un heureux succès,



Troubles oculaires dans le Pemphigus

On sait que le pemphigus est une affection caractérisée par des bulles plus ou moins grosses, arrondies, ovalaires, se formant rapidement sur la peau saine et contenant un liquide séreux ou séro-purulent. Ces bulles se déchirent ou forment des croûtes d'un jaune brunâtre, qui finissent par tomber, en laissant après elles une macule longue à disparaître.

D'après beaucoup d'auteurs, un des caractères principaux de ces bulles serait de reposer directement sur une peau saine, sans être entourées d'aréole inflammatoire.

Ce signe distinguerait le pemphigus d'une foule d'affections où l'éruption bulleuse n'est qu'un épiphénomène ; néanmoins, on ne possède pas encore une classification nette des diverses sortes de pemphigus. On peut cependant distinguer le pemphigus aigu et le pemphigus chronique ; ce dernier est celui que nous rencontrerons presque constamment dans l'étude du pemphigus conjonctival : il est caractérisé par des éruptions bulleuses longtemps prolongées et se complique souvent de troubles qui altèrent assez rapidement l'état général. Le liquide contenu dans ces bulles peut devenir purulent, hémorrhagique, former des

membranes ayant l'aspect diphtéritique. Dans le pemphigus chronique, on distingue encore un pemphigus végétans et un pemphigus foliacé. Il faut encore ajouter une forme rare : le pemphigus à kystes épidermiques.

L'éruption ne se produit pas seulement sur la peau, elle peut aussi envahir les muqueuses et il est exceptionnel d'observer alors de véritables bulles ; le liquide, qu'elles contiennent, triomphe facilement de la faible résistance que pourrait lui opposer l'épithélium, et la bulle est percée pour ainsi dire au moment où elle se forme. Des ulcérations sont la conséquence de ces éruptions, et ces ulcérations amènent des adhérences. Fuchs donne l'observation d'un malade qui eut une éruption de pemphigus sur les gencives, suivie de l'adhérence des joues avec les gencives.

L'existence du pemphigus sur les muqueuses, a été constaté à la bouche, au nez, au pharynx ; chez la femme, aux grandes et aux petites lèvres et même dans l'intérieur du vagin.

La muqueuse conjonctivale est une de celles qui sont le plus fréquemment atteintes, et cette localisation est remarquable par les troubles qu'elle amène dans l'organe visuel, troubles presque toujours suivis de la perte de la vue.

La connaissance de cette localisation est de date relativement assez récente. Alibert paraît être le premier qui l'ait signalée. On lit, en effet, dans la clinique de l'Hôpital Saint-Louis : « Quelquefois, tout le corps est envahi par l'éruption bulleuse du pemphigus, et l'on croirait qu'il est près d'entrer en suppuration. Il s'échappe de la commissure des paupières, une humeur ichoreuse qui est disposée à

se dessécher et à former une croûte jaunâtre dont les globes oculaires sont obstrués ; j'ai vu ce phénomène chez une femme qui avait une éruption bulleuse sur la conjonctive des deux yeux. »

Malheureusement le fait n'est que mentionné et l'observation n'a pas été prise. Le premier travail important que l'on rencontre dans la littérature médicale est dû à White Cooper qui signale l'extension du pemphigus à la conjonctive chez une femme âgée de 24 ans, d'aspect chlorotique, et malade dont l'état de faiblesse était extrême. Depuis plusieurs semaines elle était affectée de pemphigus chronique, qui avait débuté par la peau et s'était étendu aux bras et aux jambes, lorsque on remarqua successivement la formation d'une bulle à l'œil droit et quelque temps après à l'œil gauche : on put ensuite constater l'évolution d'autres bulles sur les deux yeux, évolution qui coïncidait avec l'apparition des bulles sur le corps.

De Wecker, en 1868, a observé un malade atteint de pemphigus localisé au visage et à la muqueuse buccale, qui présentait en même temps des troubles oculaires rebelles à divers traitements et pour lesquels on avait posé différents diagnostics. L'apparition sur l'œil gauche d'une élévation de couleur grise et de la grosseur d'une lentille montra la relation qui unissait les troubles oculaires au pemphigus de la face et de la muqueuse buccale. De Wecker put constater l'insuccès de la thérapeutique et dut se borner à un traitement palliatif qui ne put empêcher un symblépharon complet et puis du xérosis de se produire à l'œil droit, pendant qu'un semblable processus se montrait sur l'œil gauche.

L'année suivante, deux nouvelles observations sont

publiées par MM. Lasègue et Hardy. — Les caractères principaux de cette affection commencent déjà à être fixés, les malades, cités jusqu'ici, ont tous présenté du symblépharon et de la tendance au xérosis et dès lors la localisation du pemphigus à la conjonctive est suffisamment signalée pour que l'on cherche à éclaircir complètement cette question.

En Allemagne, on publie, malgré la rareté de cette affection, un assez grand nombre d'observations : Klemm cite trois enfants atteints de pemphigus de la peau, de la bouche, du nez et de la conjonctive. Pflüger réunit toutes les observations parues jusqu'alors et ajoute celle d'un homme de 35 ans, qui à la suite d'un pemphigus localisé à la conjonctive, eut du symblépharon, des ulcères et des opacités de la cornée.

Vers cette époque, de Græfe rencontre des malades présentant les mêmes lésions que les précédents : de l'adhérence des paupières, la disparition des culs-de-sacs et, au bout d'un certain temps, du xérosis. Ne trouvant aucune cause à ces lésions, ni irritation permanente, ni trachome, de Græfe en fait une affection particulière qu'il nomme : rétraction essentielle de la conjonctive.

Steffan réunit tous les cas publiés de pemphigus conjonctival et donne l'observation d'une femme chez qui, cette localisation du pemphigus précéda l'éruption cutanée de plusieurs mois. Steffan s'appuie sur ce fait pour identifier le pemphigus conjonctival et la rétraction essentielle. Gelpke se rattache à cette idée et publie le cas d'une fillette qui eut des ulcères de la cornée. Baumler, après avoir donné trois cas, s'appuie sur deux de ces cas pour montrer que l'on ne

peut encore réunir la rétraction essentielle au pemphigus.

En Amérique, Robert Tilley apporte une observation où l'affection commence par les yeux, avant de s'étendre sur les autres parties du corps et où l'on put constater entre autres troubles, la perte de la cornée.

Lang, en Angleterre, réunit deux observations et dans l'une d'elles il s'agit d'une femme de 35 ans, qui n'eut d'éruption qu'aux yeux seulement.

Malcoom Morris et Leslie Roberts publient un cas et réunissent dans un tableau synoptique tous ceux qu'ils ont pu trouver jusqu'alors.

Brayley, Fuchs et Kromayer publient de nouvelles observations ; enfin, dans ces dernières années, Gillet de Grandmont a présenté à la Société d'ophtalmologie un malade atteint de xérosis double qu'il attribuait au pemphigus. Ce sujet avait sur les mains, à la figure, sur la tête, au cou et dans le dos des ulcérations qui étaient évidemment de même nature que le xérosis. Les culs-de-sac, supérieur et inférieur, de la conjonctive avaient disparu, l'ouverture palpébrale était très diminuée et le globe oculaire recouvert par une production dermique.

Gillet de Grandmont rapproche ce cas du pemphigus ; mais ce n'est pas sans faire de réserves, le diagnostic certain de l'affection cutanée n'ayant pu être fait.



Etiologie

Le pemphigus conjonctival peut-être primitif, parfois même exister seul. Lang donne l'observation d'une femme atteinte d'éruption de pemphigus sur la conjonctive avec troubles consécutifs, alors que la peau est toujours restée intacte. Chez les malades de Steffan et de Robert Tilley, le pemphigus débute par l'œil et quelques mois après apparaît sur diverses parties du corps.

Ces exemples forment l'exception et le plus généralement cette complication se produit chez un individu atteint déjà de pemphigus de la peau ou des muqueuses ; presque toutes les observations recueillies se rapportent à des cas de ce genre.

L'étiologie de cette affection est des plus obscure ; elle n'est ni épidémique ni contagieuse ; l'étude des faits montre qu'elle atteint également les hommes et les femmes. L'âge est à peu près indifférent : Klemm et Gelpke citent des enfants ; le malade de Hardy avait 71 ans, celui de Borysikiewicz en avait soixante-seize.

Tantôt les malades ont un état général mauvais, celui de Sattler mourut phtisique ; tantôt, au contraire, ils supportent bien leur pemphigus ; Fuchs a observé un homme qui avait du pemphigus depuis dix ans, lorsque ce dernier s'étendit à la conjonctive.

La syphilis n'a aucune influence ; Critchett seul, cite une

femme qui l'avait eue dix ans auparavant lorsque commença le pemphigus.

Les auteurs ont trouvé cette affection, en France, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique et le soin, qu'ils ont mis à réunir les observations connues, montre la rareté de cette affection. Hébra prétend n'en avoir jamais rencontré, Arlt, en 40 ans de pratique, en a trouvé un cas et Steffan, sur 84,000 malades, n'en peut aussi citer qu'un seul.



Symptômes

Le pemphigus conjonctival présente des aspects différents suivant l'époque de la maladie. L'affection commence le plus souvent sur la conjonctive bulbaire ou palpébrale par la formation d'une bulle, dont l'évolution suit un processus analogue à celui des bulles qui se produisent sur les autres muqueuses. En effet, l'épithélium en est si fragile et si peu résistant qu'il ne supporte pas comme l'épiderme, d'être soulevé par l'épanchement sur une grande étendue ; mais il se déchire et s'élimine sous forme de lambeaux. Les cas sont nombreux où, malgré l'examen le plus minutieux, cet élément caractéristique du pemphigus n'a pu être observé. Quoiqu'il en soit, que la bulle se forme ou non, on voit succéder à sa place une ulcération dont dépendent les troubles consécutifs.

Dans certains cas, ces bulles peuvent produire un liquide abondant qui devient purulent et on voit alors s'échapper de la commissure une sécrétion jaunâtre, qui amène une vive inflammation de la conjonctive et donne l'aspect de la conjonctivite blennorrhagique ; l'erreur a été commise. Ces exsudats peuvent arriver à se tarir et à former des croûtes, des pseudo-membranes, qui recouvrent le globe oculaire et ressemblent aux pseudo-membranes de la diphtérie. Le malade de Borysieckiewicz avait ainsi les deux yeux entièrement recouverts.

Le plus souvent le pemphigus conjonctival débute

d'une façon moins aiguë chez un malade atteint déjà de pemphigus sur une partie quelconque de son corps ; on voit survenir des modifications importantes sur la conjonctive, les paupières et la cornée.

Dans les débuts, la conjonctive est fortement injectée, elle s'épaissit ; sa sécrétion est exagérée, et au bout d'un certain temps, lorsque l'affection devient chronique, cette muqueuse se transforme, devient blanchâtre, lisse, et semble avoir été soumise à des cautérisations énergiques et répétées. H. Cohn croyait tout d'abord avoir affaire, chez son malade, à une brûlure par la chaux. La sécrétion est diminuée au point que la conjonctive devient presque sèche et elle ne saurait être provoquée en touchant la muqueuse, car cette dernière est devenue insensible, les réflexes habituels ne se produisent plus.

Ces modifications sont occasionnées par le tissu cicatriciel, résultat des ulcérations nombreuses de la conjonctive ; ce tissu, par sa prolifération, étouffe les glandes de la muqueuse, détruit de la même manière les nerfs, d'où cette insensibilité. De plus, ce tissu, essentiellement rétractile, amène le rapetissement de la conjonctive, ce que de Grœfe appelle la rétraction de la conjonctive, et l'on voit les culs de sac disparaître progressivement. Ce processus pathologique est caractéristique du pemphigus conjonctival : toutes les observations en font mention.

Les rapports de la conjonctive palpébrale et bulbaire facilitent, lorsqu'il y a des ulcérations, l'adhérence des deux muqueuses, et c'est ainsi que l'on voit toujours se former des brides cicatricielles et des adhérences des paupières au globe oculaire.

Lorsqu'il s'est ainsi produit du symblépharon, c'est-à-dire lorsque les paupières ne peuvent plus se mouvoir et qu'elles ne peuvent plus se fermer pour protéger l'œil, la conjonctive est exposée aux agents extérieurs et dans des conditions d'autant plus mauvaises, que sa sécrétion est déjà très diminuée. A ce moment, elle perd son caractère de muqueuse, elle subit une transformation importante : la cutinisation ; elle est envahie par le tissu fibreux ; elle s'épaissit, devient opaque, et son épithélium superficiel se kératinise ; dès lors, elle est sèche, insensible, et ressemble plus au tégument externe qu'à une membrane muqueuse.

Simultanément, les paupières sont atteintes par le même processus morbide ; leur bord libre est presque toujours enflammé ; il est épaissi, rouge ; sa sécrétion est troublée ; les cils sont déviés, ils deviennent petits, enroulés sur eux-mêmes, et constituent un danger pour la cornée.

Comme la conjonctive, les paupières sont aussi le siège d'éruptions bulleuses et d'ulcérations, tant sur leur partie muqueuse que sur leur partie cutanée, et elles subissent des modifications en conséquence dans leur constitution. Tout d'abord, au début de la maladie, il existe un entropion des plus marqués, et c'est très souvent cette lésion qui a obligé les malades à faire soigner leurs yeux. Ce qui caractérise le plus cet enroulement sur eux-mêmes de ces voiles membraneux, c'est la tenacité et la récurrence après tout traitement.

Cet entropion, en favorisant le trichiasis et la déviation des points lacrymaux, vient aggraver la situation de la cornée et de la conjonctive, déjà compromise. Comme cette

dernière muqueuse, les paupières subissent aussi un rapetissement des plus marqués.

La fente palpébrale diminue transversalement, il semble que les commissures veuillent se rapprocher, et le malade offre alors un aspect assez singulier. On constate encore que les paupières semblent devenir progressivement insuffisantes pour se rejoindre et couvrir l'œil. C'est qu'en effet leur mobilité diminue de jour en jour et cela, à cause de la production d'ulcérations qui provoquent l'accolement des deux muqueuses, palpébrale et conjonctivale, jusqu'au moment où les culs de sac ayant disparu, l'adhérence est complète ; les paupières sont alors fixées et tout mouvement leur est impossible.

La paupière supérieure s'arrête généralement sur le bord supérieur de la cornée, qu'elle recouvre parfois et laisse voir la partie inférieure de cet organe, qui avec la conjonctive n'est plus protégée et reste ainsi exposée à tous les agents extérieurs.

Que devient la cornée dans ces conditions ? Elle est rarement atteinte par l'éruption, et si elle n'a pas eu à souffrir de complications dans le cours de la maladie, elle peut, pour ainsi dire, rester indemne au milieu d'organes si gravement lésés. Les paupières étant constamment ouvertes, la sécrétion de l'œil étant supprimée, la cornée, subit une modification à sa surface, elle se laisse envahir par le tissu épidermique qui recouvre la conjonctive.

Il existe alors sur l'espace interpalpébral, une membrane translucide de quelques millimètres d'épaisseur protégeant le globe oculaire ; la faible transparence de cette membrane permet de voir la couleur de l'iris qui est située profondé-

ment, et l'on voit la cornée se desquamer finement de telle sorte que la cornée paraît être saupoudrée de son.

Le malade possède alors un aspect pétrifié et certains auteurs ont pu comparer l'aspect des malades à celui que donne une statue dont les yeux n'auraient encore pu être terminés par l'artiste.

Si la cornée reste ainsi indemne dans certains cas, elle a d'autrefois à souffrir du pemphigus et de ses lésions. L'éruption du pemphigus se montre rarement sur elle et Gelpke put y constater chez sa malade une infiltration subitement apparue suivie d'ulcération et finalement de la perte de la cornée. Les causes les plus ordinaires de kératite et des opacités cornéennes sont dues à l'entropion et au trichiasis, qui trouvent un terrain tout préparé pour l'inflammation, par suite de la sécheresse de l'œil et aussi du voisinage de la conjonctive déjà fortement enflammée.

Ces complications peuvent être quelquefois évités si l'on intervient en enlevant les cils. Enfin dans un dernier stade de la maladie, la cornée, ainsi que nous l'avons déjà dit, se kératinise.

A ce moment, les culs de sac de la conjonctive ont disparu, les paupières fixées sur toute leur étendue au globe oculaire sont absolument immobiles et insuffisantes pour recouvrir l'œil et entre elles se trouve une membrane translucide ; il s'en suit que le globe oculaire est privé de tout mouvement, il peut même s'atrophier quelque peu. Toutefois la sensation de lumière est toujours conservée, pourvu que la membrane surajoutée ne soit pas trop épaisse pour l'arrêter complètement.

Anatomie-Pathologique

Malgré l'issue presque toujours fatale du pemphigus, le nombre des nécropsies faites pour cette localisation conjonctivale est très rare, sans doute à cause de la longue durée de cette complication que beaucoup d'observations n'ont pu suivre jusqu'au bout.

Gelpke a pu constater, outre les lésions macroscopiques (disparition des culs-de-sac, adhérence des paupières), des modifications de la conjonctive, dont le tissu sous-épithélial était formé par un amas de cellules à noyaux ronds ou elliptiques et d'une vitalité des plus faibles. Des vaisseaux de nouvelle formation parcouraient en tous sens ce tissu, qui pénétrait dans le tarse, à tel point que la conjonctive palpébrale avait complètement disparu et que l'on ne voyait plus de limite entre la conjonctive ainsi transformée et le tarse. On rencontrait encore ce tissu dans la cornée, qui était envahie par de nombreuses cellules rondes, semblables aux précédentes et qui était séparée de l'iris par un exsudat.

Baumler a observé, dans un cas analogue, l'absence d'épithélium et de membrane de Bowman, il ne restait plus que le tissu propre de la cornée et la membrane de Descemet ; de plus, la cornée variant d'épaisseur suivant les endroits, était même rompue et un tissu de cicatrice s'était formé. Ce dernier auteur, en plus des transformations du stroma sous-épithélial de la conjonctive, a remar-

qué le développement exagéré de l'épithélium de cette muqueuse, formée profondément de cellules cylindriques et s'applatissant au fur et à mesure qu'elles devenaient superficielles. Les paupières, de constitution normale, semblaient se continuer avec ce nouveau tissu ressemblant au revêtement épidermique.

Enfin, Gelpke a pu rencontrer dans les coupes qu'il fit, des pertes de substances caractéristiques et, à la paupière inférieure droite, il trouva une petite bulle qui vint confirmer le diagnostic.



Marche, Durée, Pronostic

Le pemphigus de la conjonctive se produit généralement chez un malade atteint déjà de pemphigus sur une partie quelconque de son corps ; on voit alors des bulles se produire sur la conjonctive ou sur les paupières, ou bien ce qui est plus fréquent, les débuts de cette affection se montrent par une forte hyperhémie de la conjonctive, sur laquelle on ne tarde pas à trouver des ulcérations, et leurs cicatrices apparaissant sous forme de points grisâtres. Des adhérences et de la rétraction de la conjonctive s'ajoutent pour donner à la maladie son aspect caractéristique.

L'évolution en est des plus chroniques, et il faut des mois et des années pour voir se produire un symblépharon complet et cette transformation de la conjonctive appelée xérosis, qui résulte d'une prolifération des cellules lamineuses, constituant la couche fibreuse de la conjonctive avec exfoliation de l'épiderme devenu corné. On doit cependant faire une exception pour le pemphigus des enfants, dont la marche rapide ne permet pas la production de ces modifications longues à se faire ; Gelpke vit une fillette de 14 mois enlevée par le pemphigus en moins de quatre semaines pendant lesquelles, cependant, l'éruption conjonctivale avait pu créer de graves troubles sur l'organe visuel.

Le moment de l'apparition des troubles oculaires, dans le cours de la maladie générale, est des plus variables, et, dans un très grand nombre d'observations, nous les voyons

débiter simultanément, ou dans les premiers temps. Chez la malade de Withe Cooper, l'éruption oculaire suivit de quelques semaines seulement l'éruption cutanée ; le malade de Wecker commença à souffrir des yeux, un an après les premières bulles qui se montrèrent sur la face. A côté de ces exemples, on peut en mettre d'autres, où l'intervalle entre le début des deux éruptions est bien plus grand. Brayley voit les troubles oculaires survenir chez un malade, dont le pemphigus durait depuis 10 ans, et Fuchs l'a vu commencer 5 ans après les premières manifestations cutanées de cette dermatose.

Ce qui montre encore plus la variabilité dans l'époque de l'apparition du pemphigus conjonctival, c'est qu'il peut aussi devancer la maladie cutanée et être primitif. Ces cas sont assez rares, mais ils ne sauraient être contestés ; on l'a vu constituer à lui seul toute la maladie, se rapprochant ainsi de ces cas décrits par les auteurs sous le nom de pemphigus solitarius. Lang donne l'observation d'une femme atteinte d'éruption bulleuse sur les conjonctives avec les troubles consécutifs du pemphigus de la conjonctive, et qui n'eut jamais d'autre éruption sur une partie quelconque de son corps, malgré les examens les plus minutieux faits pour en découvrir. Robert Tilley et Steffan rapportent l'histoire de deux malades, chez qui l'éruption et les troubles oculaires précédèrent de quelques mois l'apparition du pemphigus cutané.

Ces derniers malades ont présenté une évolution assez singulière et propre à dérouter les meilleurs cliniciens. Steffan fut obligé dans les premiers temps de rattacher l'affection qu'il observait au cas de rétraction essentielle

décrits par Græfe. Ce dernier auteur décrit ainsi une série de troubles oculaires, dont la marche, la terminaison et le pronostic sont semblables à ceux du pemphigus conjonctival. « Sous ces noms, dit-il, je désigne une maladie de la conjonctive, qui a été observée quelquefois dans cette clinique et qui par l'oblitération complète des culs de sac de la conjonctive et l'adhérence des paupières, amène la perte de la vue ».

La rétraction essentielle ne se distingue donc que par l'absence d'éruption sur le corps et sur l'œil.

Steffan, après avoir posé le diagnostic de rétraction essentielle chez sa malade, fut obligé, par l'apparition tardive d'une éruption de pemphigus, d'abandonner ce diagnostic pour faire celui de pemphigus de la conjonctive. Cette observation l'engagea à rattacher la première affection à la deuxième, et à considérer les cas de rétraction essentielle comme des cas de pemphigus, localisé exclusivement à la conjonctive, et dont l'éruption sur cette muqueuse serait passée inaperçue. Gelpke et un très grand nombre d'auteurs se sont rattachés à cette hypothèse ; cependant, Baumler reste encore dans l'incertitude sur la cause de cette rétraction essentielle, qui nous serait inconnue.

Quoique l'on puisse penser sur la nature de la rétraction essentielle, son pronostic se confond avec celui du pemphigus conjonctival. De tous les cas observés, deux seulement cités par Klemm ont guéri, il faut remarquer qu'il s'agissait de pemphigus chez des enfants. Tous les autres cas connus se sont terminés par la perte de la vue, si l'observation a pu être assez longue pour suivre l'évolution complète de la maladie ; et ce qui contribue encore à

rendre ce pronostic plus sombre, c'est l'impuissance de la thérapeutique. Tous les auteurs, en effet (Fuchs, Panas, de Wecker), sont unanimes à reconnaître l'impossibilité d'arrêter, par quelque traitement, la marche de cette maladie.

Toutes les observations montrent encore que l'affection ne se localise jamais à un seul œil, mais qu'ils sont pris tous deux, soit simultanément, soit consécutivement, de telle sorte que le pemphigus conjonctival réserve à ceux qui en sont atteints, la cécité complète.



Diagnostic

Le diagnostic du pemphigus conjonctival est basé sur la coïncidence de l'éruption ou des troubles oculaires avec l'éruption cutanée, et on peut alors le faire aisément ; il devient plus difficile lorsque le pemphigus débute par l'œil, surtout si l'éruption conjonctivale vient à manquer. La rétraction de la conjonctive avec la disparition des culs-de-sac, et les adhérences qui produisent le symblépharon sont des symptômes qui doivent toujours rappeler cette localisation du pemphigus, et que viendrait confirmer l'existence de bulles ou, à leur défaut, des ulcérations et leurs cicatrices sur la conjonctive.

On a dit qu'on pourrait confondre le pemphigus conjonctival avec la conjonctivite blennorrhagique ; nous avons vu en effet que parfois, au début, les yeux étaient remplis d'une sérosité purulente, qui s'échappait des commissures. Alibert mentionna un fait de ce genre, et Gelpke, dans son observation, porta d'abord le titre de conjonctivite blennorrhagique. L'erreur en effet est facile à commettre ; mais la marche de la maladie vient lever tous les doutes.

Lorsqu'il se forme des exsudats recouvrant le globe oculaire, on pourrait prendre ces exsudats pour des pseudo-membranes de la diphtérie. Comme dans le cas précédent, l'évolution des troubles oculaires, et l'état général du malade indiquent le diagnostic.

Une affection qui offre de grandes ressemblances avec

le pemphigus conjonctival, est le trachome, qui est une inflammation de la conjonctive due à une infection et produisant une sécrétion purulente infectieuse elle-même. Cette inflammation détermine l'hypertrophie des papilles de la conjonctive et la formation de granulations, surtout dans les culs-de-sac : ces deux lésions existent, d'ordinaire, ensemble.

Cette hypertrophie papillaire et ces granulations arrivent à un certain degré dans leur développement, puis s'arrêtent, il se produit une régression, elles disparaissent lentement ; mais à leur place, il se forme sur la conjonctive un tissu cicatriciel. C'est donc le même processus que pour le pemphigus de la conjonctive transformée par suite du tissu cicatriciel provoqué par les ulcérations nombreuses et répétées. On observe, en effet, dans le trachome de la rétraction de la conjonctive, avec disparition des culs de sac et tendance au xerosis de l'entropion avec trichiasis amenant des ulcères de la cornée. Il est donc de plus grand intérêt, lorsqu'on se trouve en présence de ces lésions, de rechercher l'existence des granulations dans les culs de sac de la conjonctive, et de n'éliminer le trachome qu'après un examen des plus minutieux. Cette dernière affection est très communes et l'on ne peut comparer sa grande fréquence avec l'extrême rareté du pemphigus de la conjonctive.

Souvent, les complications ont été prises pour des lésions primitives et l'entropion, les conjonctivites palpébro-oculaires ont été soignées comme d'habitude, mais sans résultat. Les exemples sont assez nombreux où la cause de ces troubles oculaires a été méconnue. Le malade de

Wecker fut pendant plusieurs années soigné par divers oculistes pour une conjonctivite palpébro-oculaire, et une affection des voies lacrymales, sans en obtenir la moindre amélioration. Il faut en effet, en face des troubles oculaires rebelles au traitement et ne paraissant occasionnés, ni par le trachome, ni par une autre irritation permanente, rechercher la coexistence d'une affection cutanée, en particulier du pemphigus.

Le pemphigus n'est pas la seule affection qui produise des bulles ou des vésicules sur la conjonctive. Cette muqueuse peut-elle aussi être le siège de l'herpès et il se produit de petites vésicules, groupées ou isolées de couleur gris-perle, qui atteignent parfois la cornée, dont la surface est dépolie, rugueuse, hérissée de saillies miliaires, disposées en groupes arrondis et à une phase plus avancée, la cornée revient blanchâtre et comme infiltrée en certains points. Ces vésicules peuvent disparaître du jour au lendemain et durent rarement deux ou trois jours. Leur rapide disparition et leur nombre suffit pour éloigner toute idée de pemphigus, en dehors même de l'état général. On peut dire de même pour les vésicules du zona ophtalmique, qui rappellent tout à fait celles de l'herpès.

Une affection qui offre le plus de ressemblance par son éruption avec le pemphigus conjonctival est l'hydroa vésiculeux, ou herpès iris de Bateman, caractérisé par des papules rouges, au centre desquelles se fait un soulèvement de l'épiderme sous la forme d'une vésicule transparente un peu louche. A la périphérie, on voit se produire d'autres éléments semblables, de telle manière que l'éruption forme.

une série de cercles s'éloignant de l'élément central, d'où le nom d'herpès iris ou en cocarde.

L'hydroa existe aussi sur les muqueuses de la langue de la bouche, des lèvres, et en particulier sur la conjonctive, où il se présente sous la forme de deux ou trois vésicules accompagnées de rougeur et de larmolement. Ces vésicules ne tardent pas à se déchirer et elles laissent des exulcérations généralement peu douloureuses, dont la cicatrisation se fait en une semaine le plus souvent. Pour montrer la différence d'évolution entre ces vésicules et les bulles du pemphigus, nous croyons devoir rapporter l'observation suivante due à M. Terson, et rapportée dans la thèse de Baudonnet.

Erythème polymorphe. Forme Hydroïque. Hydroa buccal et conjonctival

Jean R. 28 ans livreur. Entré le 7 février 1894 salle St Louis n° 28 dans le service de M. le professeur Fournier.

Antécédents strumeux, gourmes et ophtalmie dans l'enfance, cicatrice chéloïdienne au cou ; angines et coryzas très fréquents. Il y a trois ans, à la suite d'un refroidissement, apparitions de boutons semblables à ceux qui existent aujourd'hui.

Le malade a été pris il y a trois jours de fatigue, de malaise de fièvres, de picotements et de démangeaisons sur le dos des mains ; le lendemain, développement de taches rouges et de vésicules sur les mains et dans l'intérieur de la bouche.

L'éruption occupe aujourd'hui le dos des poignets, des mains et des doigts. Elle est caractérisée par des taches rouges

circulaires de la largeur d'une grosse lentille à bords saillants. Sur quelques-unes, on aperçoit une croûte noirâtre unique et remplie d'une sérosité jaunâtre. La dermatose ayant continué à évoluer, on voit des taches qui présentent au centre une crotelle, autour de celle-ci un cercle d'un rouge cinabre, puis une couronne de vésicules, enfin à la périphérie un cercle érythémateux, en un mot le vrai type de ce que l'on a désigné sous le nom d'herpès iris ou en cocarde. Sur le dos des mains plusieurs disques se confondent par leur circonférence. Autour des genoux on distingue des taches violacées mais sans vésicules. Sur la muqueuse blanche on observe les lésions suivantes : La moitié gauche de la lèvre inférieure est occupée par une érosion rouge, recouverte d'un enduit blanc sur ses bords ; sur la moitié droite de cette lèvre on note deux érosions analogues mais plus petites.

Sur la face interne de la joue gauche existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs, entourée à sa circonférence d'une zone blanche de desquamation.

La langue n'est pas épargnée, elle présente à la partie moyenne, de son bord gauche une plaque du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, décapillée à centre vernissé et bleuâtre.

Le mercredi 7 février, on observe sur la conjonctive bulbaire interne de l'œil gauche, exactement au niveau du limbe une vésicule transparente, un peu blanchâtre tout autour de laquelle arrivent de nombreux vaisseaux, sa forme et ses dimensions sont celles d'une petite lentille. Pas de troubles fonctionnels d'iris, vision, fond de l'œil absolument normaux.

Huit jours après, la vésicule était affaissée et à sa place existait une très légère excavation grisâtre, qui était en train de se cicatriser. Lorsque le malade a quitté l'hôpital 18 février, il était totalement guéri.

Traitement. Iodure de potassium 2 gr. Bains alcalins.

La lecture de cette observation montre que l'éruption de l'hydroa sur la conjonctive peut rappeler celle du pemphigus, d'autant plus que dans certains cas on l'a vue précéder les manifestations cutanées et être suivie de la formation de pseudo-membranes diphtéroïdes. Mais le diagnostic est vite établi, d'abord par l'examen de l'état général et ensuite par l'évolution de cette vésicule, qui disparaît assez rapidement sans laisser de traces, sans occasionner aucun trouble fonctionnel, laissant tout absolument normal. C'est une maladie de quelques jours et d'un pronostic des plus bénins, tandis que le pemphigus diffère par sa longue durée et la gravité de ses lésions, qui conduisent le malade à la cécité.



Traitement

On a essayé dans le traitement de cette affection, surtout lorsqu'elle était encore peu connue, les divers moyens employés contre chacune des lésions qu'elle entraîne. Le larmolement, qui accompagne l'hyperhémie de la conjonctive, a été traité par le cathétérisme des voies lacrymales, et le malade de Wecker fut ainsi soigné pendant plusieurs mois, sans en retirer le moindre bénéfice. L'entropion a été une des complications contre laquelle on a échoué le plus souvent ; divers procédés chirurgicaux ont été mis en œuvre pour arrêter cette tendance des paupières à se retourner sur elles-mêmes ; les résultats immédiats des diverses opérations ont toujours été excellents, mais au bout de très peu de temps on voyait régulièrement la récurrence. L'incision des commissures, faite pour agrandir la fente palpébrale, a donné de pareils mécomptes.

De Græfe a voulu essayer de lutter contre la rétraction de la conjonctive et a eu l'idée de transplanter des morceaux de muqueuse conjonctivale de lapin sur l'œil malade. Il essaya aussi avec la muqueuse buccale ; ces interventions ont toujours été suivies d'insuccès.

On voit ainsi l'inutilité des moyens chirurgicaux ; il semble impossible d'arrêter la marche progressive de cette localisation du pemphigus et l'on est obligé d'avoir recours aux moyens palliatifs.

L'inflammation de la conjonctive sera calmée par des

lavages avec une solution antiseptique faible ; la rigidité des paupières et la sécheresse de la muqueuse seront combattues à l'aide d'onctions de glycérine ou vaseline boriquée ; et chaque fois qu'il se produira du trichiasis, on devra employer les moyens habituels contre cette lésion... Il sera en plus très important de soigner l'état général, qui est la vraie cause de tous ces accidents et essayer de diminuer les récives, qui viennent remettre le plus souvent tout en question.

OBSERVATION I (Inédite).

Communiquée par M. Darier.

Pemphigus à kystes épidermiques

Gabrielle Th..., âgée de 44 ans, couturière, entre à l'hôpital au mois d'août 1888.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants, sœur morte de phtisie galopante.

Antécédents personnels : Venue au monde à 7 mois, élevée au biberon ; rougeole à 8 ans. Constitution chétive, touse l'hiver, n'a jamais été réglée.

La maladie actuelle commence en 1888 ; après une émotion, il se produit de grosses bulles remplies d'un liquide clair ou séro-purulent, du volume d'une lentille à une noisette, laissant des croûtes noirâtres qui recouvraient des ulcérations. Cette éruption se fait sur les membres, envahit la bouche, les lèvres, les joues, les gencives, la langue, dont les muqueuses sont mises

à nu sans que la malade ressente de douleur. Après une légère amélioration la malade quitte l'hôpital.

Elle y rentre de nouveau en mars 1889 et présente des poussées continuelles avec accès de fièvre ; vers cette époque, on observe des troubles du côté des ongles et les cils et sourcils sont longs et épaissis. A la suite des éruptions dans la bouche, il se produit des adhérences entre la langue et le plancher buccal et cette dernière perd une partie de ses mouvements. Certaines bulles sont hémorragiques, d'autres laissent apparaître, lorsque l'épiderme est soulevé, un semis de grains blancs émergeant du fond, sur lequel on voit le corps de Malpighi à nu. La malade très amaigrie sort de l'hôpital en juillet 1889, pour y revenir un an après.

Pendant cette absence, d'après les renseignements, sa vue baisse, elle doit porter des conserves, les cils tombent en partie.

Revenue à l'hôpital, elle a plusieurs attaques de léthargie ; en avril 1892 son état général est des plus graves, des bulles apparaissent sur les paupières et à partir de ce moment la conjonctive se kératinise.

Les lésions oculaires ne cessent de faire des progrès et en novembre 1894, l'œil est voilé par une conjonctive kératinisée laissant voir par transparence le bleu de l'iris, il est impossible de distinguer l'orifice pupillaire. Le réflexe cornéen est encore conservé ; mais la sécrétion lacrymale est complètement supprimée, cependant les narines ne sont sèches que par moment. Une émotion, un chagrin provoquent de la rougeur de l'œil, comme si la congestion, qui accompagne la sécrétion lacrymale, était conservée. Les mouvements de l'œil sont possibles, mais gênés ; il s'est produit des adhérences entre les conjonctives bulbaire et palpébrale. Les paupières peuvent encore se fermer, mais la paupière supérieure est à demi abaissée, la malade ne peut l'élever davantage.

La maladie générale continue à évoluer de la même manière. les éruptions bulleuses laissent sur le dos de petits kystes épidermiques, constitués par de petits grains qui semblent enchassés dans l'épithélium. Pendant ce temps, on aperçoit l'éruption de bulles sur les paupières ; le 29 janvier, à l'œil gauche, une bulle se produit à l'extrémité interne du sourcil ; le 30, une nouvelle bulle apparaît au même œil sur l'angle interne de la paupière ; elle avait la dimension d'une pièce de 1 fr. et contenait un liquide incolore séreux. Ces bulles assez grandes sont flasques et disparaissent en quelques jours. A partir de ce moment, on constate que l'adhérence des paupières au globe oculaire devient plus grande jusqu'au moment où elle est complète. Les deux paupières alors fixées au globe oculaire laissent l'œil en partie à découvert, la paupière supérieure arrive à peine à couvrir le bord supérieur de la cornée, leurs bords sont réunis par une membrane translucide qui recouvre la conjonctive et la cornée, et laisse voir par transparence le bleu de l'iris. Cette membrane qui rappelle le revêtement épidermique se desquame de manière à être recouverte d'une légère poussière qui ressemble à du son, et laisse toutefois à la malade le pouvoir de percevoir la sensation de lumière. La malade déjà amaigrie, et dont le teint est des plus pâles, offre un aspect pétrifié des plus saisissants, qui rappelle celui d'une statue que l'artiste aurait laissée inachevée. Voilà en quel état étaient les yeux de la malade en été de l'année 1895. Elle est restée ainsi jusqu'en octobre, époque où elle est morte.

OBSERVATION II

Publiée par White Cooper.

Anny S..., âgée de 24 ans, se présente à Saint-Mary's-Hôpital à la consultation en juin 1855.

Elle avait au plus haut degré l'aspect chlorotique et maladif et presque toutes ses dents étaient gâtées. Elle souffrait d'une aphonie qui ne lui permettait de s'exprimer que par de faibles murmures, et présentait d'autres symptômes de débilité et d'hystérie ; de plus, elle était affectée depuis plusieurs semaines de pemphigus chronique ; de larges bulles s'étaient montrées sur ses jambes et sur ses bras, et avaient parcouru leurs phases ordinaires s'accompagnant de vives souffrances. Une semaine avant son admission, son œil droit était devenu malade, il s'était développé une large vésicule, occupant en partie la surface interne de la paupière inférieure, en partie le globe oculaire. Cette vésicule s'était crevée, et lorsqu'on examinait l'œil, la place qu'elle avait occupée était indiquée par une surface dénudée et sécrétait du pus. On prescrivit le quinquina, du fer et l'application sur l'œil deux fois par jour d'une faible solution de nitrate d'argent.

Lorsqu'elle se présenta de nouveau, 8 jours après, l'œil droit était mieux, mais à l'œil gauche il existait près de l'angle interne, une bulle du volume d'un pois ; elle ressemblait exactement à une phlyctène qui aurait succédé à l'application de l'eau bouillante, elle était remplie de sérum trouble, et offrait une base enflammée ; on la ponctionna avec une fine aiguille et on la toucha avec une faible solution de nitrate d'argent.

Pendant trois mois, cette jeune fille fréquenta l'hôpital et, pendant tout ce temps, l'un ou l'autre de ses yeux, conjointement avec d'autres parties du corps, furent le siège de vésicules, soit à la période de début, soit à la période de déclin. On essaya successivement pour combattre cette disposition le fer et le quinquina combinés de diverses façons, l'huile de foie de morue, les acides, les alcalis, le tout sans succès. Ce qui paraissait provoquer le plus de soulagement, c'était l'application d'eau froide

sur l'œil au début de la vésicule ; puis, plus tard, la solution de nitrate d'argent.

Nous perdîmes de vue la malade jusqu'en Janvier suivant, époque à laquelle elle se présente de nouveau pour une conjonctivite.

Elle raconta qu'elle avait quitté Londres pour aller à la campagne et que sa santé en avait éprouvé une amélioration considérable. Le pemphigus avait disparu graduellement sans nouvelle récurrence ; mais ses yeux conservaient des traces évidentes de son apparition sur ce point. Celui qui aurait ignoré les accidents aurait pensé qu'un escharotique puissant, tel que la chaux, avait été appliqué sur ces organes, car on y observait un grand nombre de brides et d'adhérences.

A droite une masse charnue partait de la caroncule, se portant le long de la face interne de la paupière inférieure jusqu'à la partie moyenne ; son sommet s'insérait au globe de l'œil, contre le bord interne de la cornée ; une rangée de petites brides existait entre la paupière et le globe de l'œil, jusqu'à l'angle externe qui lui-même était fixé à l'œil.

A gauche, il existait une large bride tout à fait semblable à un ptérygion ; elle s'étendait de la caroncule et de l'angle interne de la paupière à la cornée, sur laquelle elle empiétait un peu et de même, à droite, une série de petites brides s'étendaient de la conjonctive au globe oculaire, presque jusqu'au niveau de l'angle externe, qui toutefois était libéré.

La mobilité des yeux était moins gênée qu'on aurait pu le craindre, et comme les cornées étaient à peine envahies par les brides, la vue n'était pas entravée.

OBSERVATION III

Publiée par M. de Wecker.

M. Raguet, âgé de 68 ans, souffre depuis 12 ans d'un pemphigus qui se borne exclusivement à la figure (nez et environs) et à la membrane muqueuse buccale, l'état général est bon.

Depuis 6 ans, le malade suit le traitement de M. Hardy qui l'a soumis à plusieurs reprises au traitement arsenical sans pouvoir empêcher le mal de s'étendre. Un an après l'apparition de l'éruption, les deux yeux commençaient à rougir, il sortait un peu de chassie qui a cédé à un collyre au sulfate de zinc.

En 1862, le malade a consulté le docteur Sichel pour une rechute d'hyperhémie des yeux. Notre collègue, a donné le diagnostic suivant : conjonctivité palpébro-oculaire, avec brides du grand pli, disposition dyscrasique. Un an plus tard, le malade consulta un docteur allemand résidant à Paris, qui croyait devoir attribuer l'irritation continuelle de la conjonctive à une rétention de larmes et qui a sondé le canal lacrymal du malade en question. Ce catéthérisme du canal des deux yeux a été fait par la méthode de Bowman. Il n'a fait qu'augmenter l'excitation des yeux.

La bride du grand pli, qui a été mentionnée par Sichel, s'étendait du grand pli à l'angle de l'œil et s'avancait vers la cornée, de là le mouvement de l'œil gauche est devenu plus difficile. Il se développa une ulcération de la cornée. Quinze mois après le catéthérisme du canal lacrymal, l'œil est devenu le siège d'un symblépharon complet.

Lorsque le malade se présenta chez moi pour la première

fois, j'ai cru que les yeux avaient été soumis à une cautérisation très violente et souvent répétée. Il semble que les bords de la paupière de l'œil gauche soient adhérents au globe de l'œil, il y a un petit canal profond de 2 millimètres. La partie visible de la cornée est le siège d'un xérosis très prononcé. Le malade ne peut rien voir que la quantité de lumière.

L'œil droit est moins lésé quoique les bords de la paupière soient collés au globe dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs. L'angle externe est effacé, quand on ouvre les paupières il reforme un pli vertical vers le bord externe de la cornée. Les bords de la paupière sont arrondis et garnis de cils rares et en mauvais état.

La conjonctive est hyperhémiee et couverte d'une couche épithéliale. La cornée est tout à fait normale, seulement l'œil est incommodé par la sécrétion des larmes et de la chassie.

Le malade nous dit que l'œil s'enflamme de temps en temps; cette inflammation dure 3 ou 4 jours. Ayant eu l'occasion de voir M. Raguet, pendant plusieurs mois, j'ai pu me confirmer dans la pensée que cette exacerbation résulte d'une éruption de pemphigus comme il s'en forme tous les 3 ou 4 semaines sur le nez et la figure.

Deux fois le malade se présenta chez moi avec son œil beaucoup plus rouge que d'habitude et j'ai trouvé toutes les fois sur la conjonctive, tout près du pli conjonctival, une élévation de couleur grise de la grandeur d'une grosse lentille. Cette bulle paraît contenir un liquide trouble.

Vingt-quatre heures après, la conjonctive montre à la même place une érosion couverte d'une concrétion desséchée et qui paraît tout à fait guérie au bout de 2 jours. Toutes les fois qu'il y a des excitations le sac conjonctival se raccourcit de plus en plus et les mouvements de la paupière deviennent difficiles parce que l'adhérence fait ses progrès.

Notre traitement consiste à épiler les cils et à laver l'œil

avec une solution de sel de plomb. Nous faisons également faire des onctions de glycérine sur la conjonctive et les paupières. Comme médication interne, nous avons fait prendre de l'arsenic.

OBSERVATION IV

De Hardy publié par Hassan.

Le nommé S. P. âgé de 74 ans est entré le 14 août 1868 à l'hôpital St Louis dans le service de M. Bazin alors suppléé par M. Hardy.

Ce malade nous apprend, qu'il a eu la petite vérole à l'âge de 8 ans, qu'à 60 ans il a eu un pemphigus dont on l'a très bien guéri, mais jamais il n'a eu mal aux yeux.

En mois de juillet 1868 le malade a été atteint d'un pemphigus foliacé, qu'à envahi tout le corps sans épargner le cuir chevelu et les deux conduits auditifs externes.

Il s'était formé, il y a deux ans, une ulcération à l'angle externe de l'œil gauche. Cette ulcération est aujourd'hui triangulaire, son sommet regarde en dehors et en bas, la base en haut et en dedans, vers les paupières. Elle est indolente d'un blanc grisâtre, à bords un peu saillants, irréguliers et déchiquetés, enfin elle fournit un pus mal lié. C'est une ulcération cancéroïdale.

Après un mois de séjour à l'hôpital, le malade présente les yeux rouges comme dans la conjonctivite simple et on ordonne un collyre au sulfate de zinc.

Malgré deux lotions continuées pendant un mois avec ce collyre, le mal ne cède pas, la rougeur a même augmenté. Un examen minutieux fait découvrir les particularités suivantes ; les bords des paupières sont un peu enflés, rouges, mouillés de larmes et de mucosités; on y voit même de petites croûtes lamel-

leuses. L'ectropion qui est surtout marqué aux paupières supérieures, reconnaît pour cause le recouvrement de la peau, dû aux nombreuses éruptions pemphigoïdes et à l'œdème de la face interne des paupières recouvertes toutes les deux par une muqueuse phlogosée et même un peu épaissie. Les paupières, surtout les inférieures, sont dépourvues de cils et laissent voir à la loupe de petites ulcérations et une véritable hypertrophie des glandes de Meibomius (blépharite cilio-glandulaire).

La conjonctive oculaire est rouge à droite et à gauche mais surtout à gauche, elle est œdémateuse et présente de nombreux vaisseaux injectés de sang. Cette hyperémie s'étend à la conjonctive oculo-palpébrale des deux yeux. A la partie interne de l'œil gauche, la conjonctive n'a plus son poli ordinaire et l'on voit sur elle trois petites bulles mais la cornée est intacte le malade voit bien. Pas de photophobie, très peu de larmoiement. Dans le milieu de la journée, on trouve alors que le malade est éveillé depuis longtemps, un amas considérable de mucosités. Traitement arsenic, collyre au sulfate de zinc.

Le 23 avril, le malade a eu une poussée générale très forte sur les corps et les yeux n'ont pas été épargnés, on voit des bulles dans le cul-de-sac oculo-palpébral gauche, mais en moindre abondance dans le cul-de-sac droit. Des adhérences, qui se sont établies entre la conjonctive de la paupière supérieure et la conjonctive oculaire, correspondante rendent très difficile et même impossible le renversement des paupières supérieures. L'ouverture même des paupières est rétrécie par les adhérences que la conjonctive et la blépharite ont provoquées. L'œil gauche présente une cornée terne et dépolie offrant à sa partie inférieure une petite vésicule.

Le 6 novembre, sur la conjonctive gauche il n'y a que des érosions, mais la cornée est ulcérée, et son feuillet interne fait hernie à travers cette ulcération, poussée par l'humeur aqueuse.

CONCLUSIONS

1. Le psoriasis peut occasionner des troubles oculaires.
 2. Il existe une conjonctivite développée sous l'influence du psoriasis, qui peut manifester son existence par de vraies papules sur la muqueuse ainsi que Sack en donne un exemple frappant.
 3. L'inflammation de la conjonctive peut gagner la cornée, y produire de l'infiltration et amener des ulcères superficiels.
 4. Dans deux cas, des iritis ont été constatées aux cours de deux psoriasis et paraissent être en relation étroite avec la maladie.
 5. Le pronostic est rendu sérieux par la persistance des lésions que provoquent les récurrences des psoriasis ; cependant on n'a constaté qu'une seule fois la terminaison par le xérosis et le symblépharon. (Obs. de Tixier).
-

1. Les manifestations oculaires du pemphigus, malgré leur rareté, sont d'une extrême importance et de la plus haute gravité.
2. Leur début suit généralement l'apparition de l'éruption.

tion généralisée, il peut cependant être simultané et même la précéder.

3. On peut voir des bulles se développer sur la conjonctive et les paupières, mais souvent elles passent inaperçues et on ne constate que les ulcérations consécutives.

4. L'évolution du pemphigus conjonctival arrive presque toujours à produire le xérosis et le symblépharon et par suite occasionner la perte totale et définitive de la vue.

5. Il ne faut pas confondre avec cette éruption bulleuse celle de l'hydroa de la conjonctive qui est bénigne.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PSORIASIS

Morax. — Quelques formes rares d'iritis. *Annales d'oculistique*, 1893.

Sack. — Psoriasis conjunctivæ. *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten*, 1893, I.

Se rapporter à l'index du pemphigus pour les auteurs suivants : Bazin, Emile Berger, Blazy, Brocq., Hardy, Hillairet et Gaucher, Kaposi, Panas, Savy, De Wecker, Tixier.

PEMPHIGUS

Alibert. — Monographie des Dermatoses. Paris, 1832.

Arlt. — Arlts. Klinische Darstellung der krankheiten des Augen, 1881, p. 84.

Baggio. — Du pemphigus, th. de Paris, 1864.

Baumler. — Uber Pemphigus conjunctivæ und essentielle Schrumpfung klin. Monats für Augenh. 1885, T. XXIII, p. 329.

Bazin. — Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. Paris, 1868.

B. Beaudonnet. — Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe. Th. de Paris, 1895.

Emile Berger. — Maladies des yeux dans leurs rapports avec les maladies générales. Paris, 1892.

Borysikiewicz. — Uber pemphigus conjunctivæ klin. Monats. für Augen. 1879, T. XVII, p. 325.

Blazy. — Affections éruptives de la conjonctive. Th. de Paris, 1873.

— De la conjonctivité pityriasique. Revue de médecine, 1874.

Brayley. — Pemphigus de la conjonctive. Guy's. hospital Rep., XLIII, 1892.

Brocq. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1892.

White Cooper. — In Journal of the royal London ophtalmic hospital, 1885.

H. Cohn. — Uber pemphigus der Augen, Brestlauer Aetzliche Zeitschrift, 1885, n° 10.

Critchett. — Verhandl. der ophtalm. Gesellschaft des United Kingd. Vol. IV, p. 30.

Fuchs. — Pemphigus de la conjonctive. Réunion des médecins de Vienne. 9 décembre 1892.

— — Manuel d'ophtalmologie traduit par Lacompte et Léplat. Paris 1892.

Gelpke. — Uber pemphigus conjunctivæ. Klin. Monats. für Augenh. 1885. T. XXIII, p. 191.

Gillet de Grandmont. — Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris. 1893. p. 61.

Græfe. — Rétraction essentielle de la conjonctive. Archiv. für ophtalm. von Græfe. 1878. V. 24, f. 1, p. 157.

Hardy. — Leçons sur les maladies de la peau. 1857.

Hassan-Mamout. — Monographie du pemphigus. th. de Paris, 1868.

Hillairet et Gaucher. — Traité des maladies de la peau. Paris 1855.

Kaposi. — Leçons sur les maladies de la peau. Traduction par E. Besnier et Doyon. Paris 91.

Klemm. — Archiv. für. Klinick méd. T. IX, p. 199.

- Kromayer.** — Pemphigus de la conjonctive. Monatshefte. für praktische Dermat. 1891. V. 13.
- Kunkel.** — Internationale hom. Presse. V. 6. 1875. Kiel.
- Juler.** — Trans of the ophtalmic Society. V. 1, p. 1886.
- Lang.** — The Lancet n° 22. 1886.
- Malcam Morris et Leslie Roberts.** — Pemphigus of the conjunctiva in the Brit. journal of Dermat. 1889.
- Nodel.** — Eruptions pemphigoides aiguës. Th. de Lyon. 1880.
- Panas.** — Traité des maladies des yeux. Paris 1894.
- Pflüger.** — Über pemphigus conjunctivæ. Klin. Monats. für. Augenh. V. XVI. 1878.
- Reich.** — Centralblatt für praktisch. Aug. 1882.
- Sattler.** — Un cas de pemphigus conjunctival. 11^e congrès d'opht. d'Heidelberg. 1879.
- Savy.** — Eruptions de la conjonctive. Thèse de Paris 1876.
- Schroder.** — Berliner. Klin. Wochens n° 48 1882.
- Schmidt-Rimpler.** — Pemphigus de la conjonctive. klin. Monats. für Augenh. 1885. T. XXV. p. 379.
- Schweigger.** — Pemphigus de la conjonctive. Archiv. für Augenheilkunde, Knapp und Schweigger. T. XIII 1884, p. 247.
- Steffan.** — Pemphigus conjunctivæ. klin. Monats für Augenh. 1884, p. 271.
- Robert Tilley.** — A case of pemphigus of the conjunctiva journal. Am. Méd. Assoc. Chicago.
- Tixier.** — De la Xerophthalmie. Thèse de Paris 1875.
- De Wecker et Landolt.** — Traité des maladies des yeux. Paris 1889.

